1897
Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Bonn.

Die vaginale Totalexstirpation

mit besonderer Berücksichtigung

der Fälle aus der Bonner Frauenklinik i. d. J. 1895—96.

Inaugural-Dissertation

bei der

Meldung zum Doctorexamen

der

medizinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt im Juni 1897

von

Ewald Spelsberg

aus Hohenlimburg i. W.

BONN,
Druck von Jean Trapp, Stiftsgasse 19.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152003_0141

Es ist von vornherein einleuchtend, dass die Totalexstirpation der Gebärmutter per vaginam ein bei weitem weniger gewaltsamer Eingriff für den Organismus ist als die im Jahre 1878 von Freund eingeführte abdominale Totalexstirpation per laparotomiam: Durch Umgehung des grossen Bauchschnittes wird die so gefährliche Irritation der Gedärme vermieden, es wird ferner das Peritoneum nur an einer Stelle und lange nicht in dem Umfange wie bei der Freundschen Operation geöffnet. So wird die Gefahr des Shocks und auch die der Sepsis verringert, abgesehen von der kürzeren Dauer und der sicheren Blutstillung bei der vaginalen Methode. Die Wundhöhle befindet sich an der tiefsten Stelle der Bauchhöhle und bietet damit von selbst die beste Möglichkeit der Drainage. Das Operationsfeld kann jeder Zeit auch bei Frauen, die noch nicht geboren haben, vollkommen zugänglich gemacht werden, das Scheidengewölbe ist ja weit, und der Introitus ist leicht durch Schnitte, die bald wieder vernäht werden, weit zu machen.

Schon im ersten Teile unseres Jahrhunderts wurde die vaginale Totalexstirpation verschiedentlich ausgeführt, geriet aber bald durch die schlechten Erfolge ganz in Vergessenheit. Man hat eben damals ohne Narkose, ohne Antisepsis und ohne Unterbindungen gearbeitet; erst der Aera der antiseptischen Wundbehandlung war es vorbehalten, die vaginale Uterusexstirpation wieder aufleben zu lassen und zu der Vollendung zu führen, wie sie sich uns jetzt präsentiert.

Czerny hat den Ruhm, als Erster wieder mit Hilfe der modernen Errungenschaften auf diese frühere Operationsmethode zurückgekommen zu sein. Im Jahre 1878 machte er die erste Totalexstirpation durch die Scheide: Er liess den Uterus durch Fadenschlingen und Muzeuxsche Zangen stark nach unten ziehen, umschnitt die Scheide, löste den Uterus von der Blase (wobei diese verletzt wurde), öffnete die vordere Peritonealtasche, zog durch diese den Uterus bis zur Vulva herab. Nun unterband er mit drei Massenligaturen die Ligamenta lata und durchschnitt sie innerhalb dieser Ligaturen. Die Eierstöcke wurden isoliert unterbunden und abgetragen, die Ligaturfäden durch die Scheide herausgeleitet und die Scheide mit Salicylwatte tamponiert. Die Patientin überstand den Eingriff trotz der Blasenverletzung, starb aber fünf Monate später an einem retroperitonealen Abscess. Im Anschluss an die Veröffentlichung dieses Falles[1]) giebt Czerny seinen ausführlichen Operationsplan an, der im allgemeinen seiner ersten Operation entspricht.

Die von ihm und von anderen wie Billroth[2]) Schroeder[3]), Olshausen[4]), die ihm bald nachfolgten, erzielten Resultate waren so günstig, dass sie die Freundsche Operation nur auf die Fälle beschränkten, in welchen die Entfernung des Uterus von der Scheide aus durch den Umfang dieses Organes nicht möglich war.

Die Methode, nach der Fritsch in hiesiger Klinik die vaginale Totalexstirpation ausführt, und die natürlich

1) Wiener med. Wochenschr. Nr. 45—49. 1879.
2) Wölfler, Berl. Chirurgen-Congr. 1880. IV. Sitzungstag.
3) Schröder, Ueber die teilweise und vollständige Ausschneidung der carcinomatösen Gebärmutter. Zeitschr. für Gynäcologie und Geburtshülfe. Band VI.
4) Olshausen, Ueber Totalexstirpationen nach 10 eigenen Fällen. Berliner klinische Wochenschrift 1881. Nr. 35 und 36.

auch für die Fälle, welche ich noch näher besprechen werde, in Betracht kommt, ist folgende[1]).

Die Portio wird mit Muzeuxschen Zangen stark nach unten gezogen. Dann wird seitlich neben der Portio ein tangentialer Schnitt gemacht und das Parametrium langsam abgetrennt. Umstechungen stillen die Blutung, die Fäden der Umstechungen ziehen die Wundränder auseinander. Ehe nicht die Blutung sicher steht, wird nicht weiter geschnitten. Ist man ca. 5 cm. hoch, so wird dieselbe Procedur auf der anderen Seite vorgenommen. Dann vereinigt vorn ein vorderer Querschnitt die seitlich begonnene Durchtrennung. Wird er zu tief an der Portio angelegt, so kommt man in eine Gegend, wo festeres Bindegewebe die Orientierung erschwert. Trifft man die richtige Stelle dicht an der Blase, so gleitet der Uterus sofort um 5 bis 6 cm. herab. Die Blutung muss überall völlig stehen, ehe das Peritoneum eröffnet wird.

Nunmehr wird mit dem Finger die Blase vom Uterus abgeschoben und dabei das Peritoneum mit dem Finger durchgedrückt, die Portio wird stark nach unten und hinten gezogen. Ein angeschlungener Schwamm wird über dem Uterus in die Peritonealhöhle gesteckt, um jeden Tropfen Blut aufzufangen und von dem Peritoneum und den Därmen fernzuhalten. Mit scharfen, immer höher eingesetzten Kletterhaken wird der Fundus uteri vorn hervorgeholt. Nicht selten fällt der Uterus leicht hervor. Bei beweglichem Uterus gleiten Tuben und Ovarien mit heraus. Jetzt wird der Uterusfundus nach der einen Seite gezogen. Von oben nach unten wird das Ligamentum latum in 2 bis 3 Partieen durchstochen und unterbunden, sodass stets die untere Ligatur einen Teil des von der oberen gefassten Gewebes nochmals mitfasst. Namentlich die oberste Ligatur muss sehr fest gezogen werden.

1) Fritsch, Die Krankheiten der Frauen 1896.

Hierauf schneidet man den Uterus ab. Man geht nun mit der Scheere schneidend durch den hinteren Vaginalansatz herum nach der anderen Seite; auch diese Partieen werden umstochen, die Blutung aus der Vaginalwand wird völlig gestillt und das Peritoneum des Douglasischen Raumes dabei an die Vagina befestigt.

Jetzt hängt der Uterus nur noch an dem Ligamentum latum der anderen Seite. Es wird etwas angezogen, sodass auch hier das Lig. lat. partienweise sicher abgebunden werden kann. An den Ligaturfäden werden die Stümpfe herabgezogen und auf jeder Seite so mit der Vagina vereinigt, dass auch die Wundfläche des obersten Endes des Lig. lat. nach abwärts sieht. Dieses Anziehen kann ungefährlich geschehen, da die Ligaturen als Umstechungen fest liegen. Der Schwamm wird entfernt, der Douglas und die Scheide trocken getupft und mit Dermatol bepudert.

Zuletzt wird auch das Peritoneum der Blase vorne mit der Vagina vereinigt, sodass überall ringsherum das Peritoneum an die Scheide genäht ist und damit alle offenen Bindegewebsräume gedeckt sind.

Sodann wird in den Wundtrichter ein Jodoformgazetampon eingeschoben, der mit dem oberen Ende oberhalb der Wunden im Peritonealraum liegt, die Wundflächen selbst etwas nach der Seite comprimiert und unten in das Scheidengewölbe reicht.

Von manchen wird ein Nahtabschluss vorgezogen, Fritsch dagegen ist der Ansicht, dass dieser keinerlei Vorteil biete, im Gegenteil beobachtete er bei totalem Abschluss, der doch zeitraubend ist, häufig leichte Fieberbewegungen, während die Schmerzen auch nicht geringer waren als bei der Tamponade.

Die Vorteile seiner Methode glaubt Fritsch[1]) in der prophylaktischen Unterbindung der sämtlichen seit-

1) Bokelmann, Archiv f. Gyn. Band XXV.

lichen Gefässe, in der grossen so erhaltenen Beweglichkeit des Uterus, in der Eröffnung des Peritoneums erst nach Stillung der Blutung und in der Möglichkeit des Aufhörens bei inoperablen Fällen vor Eröffnung des Peritoneums sehen zu müssen.

Es würde mich zu weit führen, wollte ich hier noch auf andere Methoden, die von der eingehend besprochenen Fritsch'schen in Kleinigkeiten abweichen, näher eingehen.

Auf die Entfernung der Tuben und Ovarien wird von den meisten Operateuren wenig Gewicht gelegt; dieselben nehmen sie nur dann fort, wenn sie ins Operationsfeld hineinfallen oder durch eine vorher diagnosticierte pathologische Beschaffenheit dazu Veranlassung geben. Eine genaue Berücksichtigung scheint mir jedoch sehr gerechtfertigt; denn einerseits ist nicht einzusehen, weshalb sie zurückgelassen werden sollen, da die Metastasen in Ovarien (bei Carcinom), wenn sie auch angeblich nicht sehr häufig sind, doch jedenfalls vorkommen, und man durch die Entfernung der Adnexe die Aussichten auf eine radicale Heilung mit Leichtigkeit noch vermehrt. Andrerseits verursachen die zurückgelassenen Ovarien, namentlich bei noch menstruierenden Frauen, sehr oft heftige Menstrualbeschwerden.

Was die Vorbereitungen zu unserer Operation betrifft, so wird natürlich nach den allgemein anerkannten Principien strengster Antisepsis verfahren. Die Kranke wird vor der Operation gebadet; für vollständige Entleerung von Mastdarm und Blase wird gesorgt, die Geschlechtsteile werden sorgfältig desinficiert. Die Lage der Patientin während der Operation ist Steissrückenlage.

Die Nachbehandlung ist völlig negativ. Es wird überhaupt nichts gethan. Die Kranke bleibt in ruhiger Rückenlage während der ersten Woche im Bett liegen, wird katheterisiert, falls sie nicht Urin lassen kann,

bekommt vom fünften Tage ab Abführmittel und dann eine kräftige Diät. Am 12. bis 14. Tage dürfen die Patientinnen im allgemeinen aufstehen. Die Nähte entfernt man am besten erst nach Wochen. Meist fallen die Seitenligaturen von selbst ab, oder man zieht das ganze Convolut der Fadenschlingen, ohne Schmerzen zu bereiten, leicht heraus.

Hätte ich somit die Technik der vaginalen Totalexstirpation, die Vorbereitung und die Nachbehandlung kurz besprochen, so muss ich im folgenden noch Einiges über die Indikation für diese Operation sagen.

Da sind an erster Stelle die malignen Geschwülste des Uterus, vor allen anderen das Carcinom zu nennen. Viel seltener kommt das Sarkom in Frage. Dass aber auch durch Myome, chronische Entzündungen, Retroflexio, Prolaps der Gebärmutter, Erkrankungen der Ovarien und Eileiter diese Operation indiciert ist, wird uns die Durchsicht der in hiesiger Klinik operierten Fälle lehren.

Wie schon gesagt, nimmt das Carcinom bei weitem den grössten Anteil an der Indikationsstellung zur Totalexstirpation ein, gleichgültig, in welchem Teil des Uterus das Carcinom seinen Sitz hat. Letzteres war vor kurzem noch ein streitiger Punkt, wenn auch jetzt die Verteidiger der partiellen Exstirpation allmählich von ihrem Standpunkte abkommen und sich der erwähnten, von den meisten Gynäcologen anerkannten Richtung mehr und mehr anschliessen.

Schroeder[1]) hielt bei Cancroid die supravaginale Excision der Cervix für indiciert, wenn er eine Ausdehnung des Carcinoms auf den Uteruskörper ausschliessen zu können glaubte. Hofmeier[2]) vertritt als Schröders Schüler auch diese Ansicht und belegt dieselbe so-

1) Zeitschr. f. Gynäc. u. Geburtsh. Band XI.
2) Hofmeier, Grundr. d. gynäk. Operationen.

gar mit einer ziemlich günstigen Statistik. Dagegen ist aber doch nicht einzusehen, weshalb man die Totalexstirpation perhorrescieren soll, da sie ja doch eine ziemlich günstige Prognose, was das Ueberstehen der Operation betrifft, giebt, wenn dadurch mit grösserer Sicherheit eine radicale Heilung bedingt wird. Und dass letzteres der Fall ist, geht zur Genüge aus der Betrachtung anatomischer Präparate hervor, wie sie z. B. von Leopold[1]) und Schauta[2]) veröffentlicht sind: bei scheinbar lokalisiertem Carrinom an Portio oder Cervix liess sich nachher an dem durch Totalexstirpation gewonnenen Präparat nachweisen, dass die Infiltration schon über den inneren Muttermund hinausgegangen war. Nach Leopolds[1]) Ansicht wird bald die Zeit gekommen sein, wo man nicht begreifen kann, dass man sich einstmals mit der Entfernung des halben Organs begnügt hat. Von Fritsch wird in jedem Falle von operabelem Carcinom die Totalexstirpation ausgeführt.

Ueber die Frage, wann man noch operieren soll, giebt es zwei sich ziemlich schroff gegenüberstehende Ansichten. Die einen operieren jedes Carcinom, soweit es technisch noch möglich ist und führen als Grund an, man dürfe die Kranken durch Verweigerung der Operation nicht noch unglücklicher machen. Die Vertreter der anderen Richtung, der die meisten Gynäcologen angehören, halten die Operation nur unter bestimmten Bedingungen für erlaubt: Wenn der Uterus noch beweglich ist, sich gut herunterziehen lässt, wenn die Parametrien tastbar frei sind.

1) Leopold, 43 Totalexstirp. d. Uterus wegen Carcinom, Prolaps u. schwerer Neurosen Arch. f. Gyn. Bd. XXX.

2) Schauta, Indikation und Technik der vaginalen Totalexstirpation. Festschrift zur Centenarfeier d. k. k. allgemeinen Krankenhauses in Prag.

Leopold[1]) legt bei der Totalexstirpation wegen Carcinom den Schwerpunkt auf folgende 3 Punkte: 1. Möglichst früh zu operiren, 2. den Uterus so weit, wie irgend möglich entfernt vom Scheidenteile und von den Seitenkanten auszulösen und 3. vor Beginn der Operation alles carcinomatöse Gewebe gründlichst zu entfernen und während der Operation peinlich darauf zu achten, dass Krebsbrei und -saft weder die Wundflächen überrieseln noch in sie hinein gebracht werden.

Die grosse technische Sicherheit und die Ungefährlichkeit, mit der man den Uterus per vaginam zu entfernen versteht, haben dazu geführt, die vaginale Totalexstirpation nicht nur bei Carcinom des Uterus, sondern auch bei anderen pathologischen Zuständen, wie bei Myom, Prolaps Retroflexio, chronischer Metritis der Gebärmutter, Erkrankungen der Tuben und Ovarien vorzunehmen. So haben schon mehrere Autoren, z. B. Leopold, Czerny, Martin Dührssen bei kleinen Myomen den Uterus total exstirpiert. Eine idealere Methode ist natürlich die vaginale Enucleation des Myoms, eine Operation, welche Fritsch[2]) bei Myomen der vorderen oder hinteren Wand öfter ausführte. Anders liegt die Sache bei vielen kleinen Myomen. Findet man schon bei der combinierten Abtastung 3,4 oder mehr nussgrosse Myome am Uterus, oder sieht und fühlt man diese Myome während der Operation, so entfernt man am zweckmässigsten den ganzen Uterus, da nach Entfernung eines Myoms die anderen wachsen können.

Nach Leopold[3]) ist die operative Behandlung der Uterusmyome unbedingt angezeigt, wenn nach Erschöpfung

1) Schmidts Jahrbücher d. gesammten Medicin. 1895. Band 248.

2) Fritsch, Die Krankheiten der Frauen.

3) Schmidts Jahrbücher der gesammten Medicin. 1895 Band 248.

aller anderen Mittel der wachsende Tumor solche Blutungen, Schmerzen, Druckerscheinungen oder entzündliche und degenerative Veränderungen darbietet, dass Gesundheit und Leben bedroht erscheinen. Dazu kommt noch, dass eventuell der allgemeine Zustand der Kranken, für eine Laparotomie zu bedenklich ist. Die durch die vaginale Methode zu entfernenden Myome dürfen nicht grösser als ein Kindskopf sein. Bei zu enger Scheide empfiehlt Leopold ihre tiefe Spaltung durch einen nach dem Tuber ischii gerichteten linksseitigen Längsschnitt. Er hält streng darauf, dass unmittelbar nach Eröffnung der Kapsel und Freilegung des Myoms zunächst jeder Flüssigkeitserguss auf das Sorgfältigste mit Gazetupfern aufgefangen wird, und, wenn etwa schon der Douglassche Raum eröffnet sein sollte, die beiden Kapselwände mit zwei Muzeuxschen Zangen so fest an das Scheidengewölbe herangezogen werden, dass jedes Eindringen von Flüssigkeit verhindert wird.

Ausser diesen beiden Hauptindicationen (Carcinom und Myom) zur vaginalen Totalexstirpation kommen noch andere pathologische Zustände der inneren Genitalien in Betracht, die ich noch kurz erwähnen will.

Da ist zunächst der totale Uterusprolaps anzuführen. Es giebt Fälle, wo selbst nach wiederholter Anwendung aller erprobten Operationsmethoden die Neigung des Uterus und der Vagina zu prolabieren nicht dauernd unterdrückt werden kann. Will man in solchen Fällen nicht darauf verzichten, die Hilfe suchenden Kranken von ihren qualvollen Leiden zu befreien, so muss man zur Totalexstirpation schreiten. Um so mehr erscheint dieser Eingriff berechtigt, wenn alles andere erfolglos versucht, und erhebliche Beschwerden oder dauernde Arbeitsunfähigkeit durch die bestehende Lageanomalie bedingt sind. Diese bei uns schon früher häufig angewandte Entfernung der

vorgefallenen Gebärmutter von der Scheide aus (Kehrer[1]) 1878, Kaltenbach 1880 und 82, Martin 1880) ist in Frankreich erst in neuester Zeit in Aufnahme gekommen. Als Bedingung für die Operation stellt Quénu[2]) auf, dass sie nur bei Frauen nach oder kurz vor Aufhören der Regel ausgeführt werden soll, ferner dass kein Zweifel darüber bestehen darf, dass sich durch andere erhaltende Methoden der Stützapparat nicht wiederherstellen lässt, weiter, dass es sich um Frauen handelt, die ein thätiges Leben führen müssen, oder dass neben dem Vorfall noch eine Erkrankung der Anhänge oder der Gebärmutter selbst (Entzündungen, Neubildungen) besteht.

Als Vorbedingung des Erfolges — was auch Leopold angiebt — ist es notwendig, dass man nach der Uterusexstirpation noch plastische Operationen an Scheide und Damm macht (Kolporhaphie). Dieser Forderung trägt auch Fritsch bei seiner diesbezüglichen Operationsmethode Rechnung.

Endlich komme ich noch kurz auf die chronisch entzündlichen Processe des Uterus und seiner Adnexe zu sprechen, welche die vaginale Totalexstirpation unter Umständen bedingen. Man wird sich nur dann zu dieser Operation entschliessen, wenn die Beschwerden seit Jahren bestehen und Lebensgenuss sowie Erfüllung von Pflichten unmöglich machen. Hat man also die Diagnose auf eine der genannten Erkrankungen gestellt, so wird man nicht gleich ohne weiteres diesen radicalen Eingriff unternehmen, sondern erst auf anderem Wege Heilung zu erzielen suchen. Ist aber der Fall alt, bestehen vielleicht seit Jahren Schmerzen, ist die Patientin stets steril gewesen oder erst in der Ehe steril geworden, wird vor allem die Beseitigung

1) Archiv f. Gyn. Band 35.
2) Schmidts Jahrb. 242.

der Arbeitsunfähigkeit erstrebt, so ist gewiss die Totalexstirpation indiciert.

Leopold[1]) hat die Entfernung der chronisch schwer erkrankten inneren weiblichen Geschlechtsorgane 37 mal von der Scheide aus vorgenommen; sämtliche Operierte ausser einer sind genesen.

Jacobs[2]) rät bei entzündlichen Processen des Uterus und seiner Anhänge, sobald es sich um gonorrhoische Infection handelt, zur vaginalen Totalexstirpation.

Seigneux[3]) hält es für sicher, dass die vaginale Hysterectomie der natürlichere und ungefährlichere Eingriff ist, der auch bei sehr entkräfteten und elenden Kranken, selbst bei Vorhandensein grosser doppelseitiger Eitersäcke, noch vorgenommen werden kann. Die Operation wird von den Kranken viel besser vertragen als die Laparatomie.

1) Schmidts Jahrbücher der gesammten Medicin. 1895 Band 248.
2) Virchows und Hirsch' Jahresberichte 18 3.
3) Schmidts Jahrbücher der gesammten Medici. 1894. Band 242.

Es folgt jetzt die Zusammenstellung der einzelnen Fälle von vaginalen Totalexstirpationen des Uterus, welche von Herrn Geheimrat Fritsch in den Jahren 1895—96 in hiesiger Klinik ausgeführt wurden; das Wichtigste aus den Journalen ist kurz wiedergegeben:

1. H. H., 41 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 15. I. 95. Patientin ist mit 12 Jahren zuerst menstruiert, von da ab regelmässig, alle 3 Wochen, 6—8 Tage lang ohne Beschwerden, hat 5 normale Geburten und 2 Aborte durchgemacht, letzte Entbindung vor 5 Jahren. Patientin klagt über heftige Schmerzen im Unterleib und starken blutigen Ausfluss.

Diagnose: Carcinoma portionis.

17. I. 95 vaginale Totalexstirpation: Nachdem die zerfallenen Carcinommassen mit dem scharfen Löffel entfernt sind, wird die Portio mit mehreren Muzeuxschen Zangen stark nach unten gezogen. Dann werden erst das linke, darauf das rechte Parametrium abpräpariert und umstochen. Nun wird, nachdem die Portio auch an der vorderen und hinteren Wand umschnitten ist, die Blase nach oben zurückgeschoben, was nur schwer gelingt, und der Uterus mittels Kletterhaken aus dem vorderen Douglas hervorgekippt. In die Bauchhöhle wird ein Stielschwamm eingeführt, und hierauf werden links und rechts die Adnexe abgebunden und abpräpariert, schliesslich der Uterus von der hinteren Douglas-Falte getrennt und abgetragen. Letzteres ist besonders schwierig, da die Carcinommassen der hinteren Muttermundslippe sehr weit

nach oben reichen und Adhäsionen zwischen Netz und Douglas bestehen. Darauf wird ein Tampon (nach Miculicz) in die Peritonealhöhle, ein zweiter in die Scheide gesteckt, nachdem man sich von dem Stehen der Blutung überzeugt hat.

Am Tage nach der Operation ist der Puls 92, nimmt in den folgenden Tagen an Frequenz etwas zu. Die höchste Temperatur, die erreicht wurde, 37,9°. Patientin fühlt sich nach einigen Wochen ziemlich wohl und wird 2. II. entlassen, jedoch wird ein Recidiv befürchtet, da das Carcinom schon auf das hintere Scheidengewölbe übergegangen war.

Die Frau ist am 26. II. 96 gestorben, jedenfalls in Folge des Recidivs. Näheres konnte nicht in Erfahrung gebracht werden.

2. K. S., 60 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 15. I. 95. Die Menstruation war seit dem 17. Lebensjahre immer regelmässig bis zum 43., seitdem Menopause. Patientin hat eine normale Entbindung und 2 Aborte durchgemacht.

Seit ungefähr 6 Jahren besteht ein Gebärmuttervorfall, der, anfangs nur gering, in der letzten Zeit zu einem totalen geworden ist. Patientin klagt über ziehende Schmerzen im Rücken und drängendes Gefühl nach unten.

Diagnose: Prolapsus uteri totalis.

Am 18. I. wird die Totalexstirpation ausgeführt:

Nachdem die Portio soweit wie möglich heruntergezogen, wird dieselbe oder vielmehr die prolabierte Scheide hoch oben etwa 5 cm. von dem orificium externum entfernt rund herum umschnitten. Dann wird an der vorderen Seite des Uterus die Scheide von dem Schnitte aus vorsichtig von der unter ihr liegenden Blase

abpräpariert und diese nur mit grosser Mühe nach oben zurückgeschoben. Einige versenkte Nähte in sagittaler Richtung halten sie in dieser neuen Lage fest. Nun gelingt es leicht, den Fundus des fast total prolabierten Uterus nach querer Durchtrennung des ihn überdeckenden Peritoneums hervorzuziehen, dann werden nach einander erst die linken Adnexe, Ligamentum latum und linkes Parametrium abpräpariert und abgebunden, dasselbe hierauf ebenso rechts. Dann wird der Uterus auch von der hinteren Scheidenwand abgetrennt und damit ganz entfernt. Zum Schluss wird noch das Peritoneum ringsherum an die Scheide angenäht und letztere darauf mit Jodoformgaze tamponiert. Eine durch die grossen Labien gelegte Naht verhindert das Herausfallen des Tampons.

Der Verlauf der Heilung war vollständig günstig. 3. II. wird Patientin mit dem besten Wohlbefinden entlassen.

3. S., 46 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 21. II. 95. Die Menstruation war vom 18. Lebensjahre immer regelmässig ohne Beschwerden. Patientin hat 6 spontane Geburten und einige Aborte durchgemacht. Seit einiger Zeit bestehen ziemlich heftige Schmerzen im Unterleib und unregelmässige Blutungen.

Diagnose: Carcinoma portionis et corporis.

Am 23. II. wird die typische vaginale Totalexstirpation vorgenommen. Tuben und Ovarien, die sich leicht hervorziehen lassen, werden ebenfalls entfernt, da sie mit carcinomverdächtigen kleinen Knötchen besetzt sind.

Der Wundverlauf ist normal, und am 16. III. wird Patientin geheilt entlassen; ob sich nachträglich ein Recidiv eingestellt hat, konnte nicht ermittelt werden.

4. A. S., 56 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen. 21. II. 95. Menstruation bis vor 8 Jahren regelmässig von da ab Menopause. Patientin hat 3 spontane Geburten (die letzte vor 29 Jahren) durchgemacht.

Diagnose: Prolapsus vaginae, Descensus uteri, Cystocele.

Nachdem eine zehnjährige Pessarbehandlung keinen wesentlichen Erfolg gehabt hat, wird am 23. II. zur vaginalen Totalexstirpation geschritten. Die Operation verläuft typisch und ohne jede Complication.

Der Wundverlauf ist durchaus günstig, und am 17. III. wird Patientin vollständig geheilt entlassen.

5. K. R., 35 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 3. IV. 95. Menstruation vom 17. Lebensjahre immer regelmässig. Patientin hat 6 spontane Geburten und vor 3 Monaten einen Abort durchgemacht, seit dieser Zeit ist die Periode ausgeblieben; vor 3 Tagen stellten sich heftige Blutungen ein, die noch jetzt bestehen.

Diagnose: Carcinoma portionis, Graviditas II. M.

6. IV. Typische Vaginalexstirpation.

Der Uterus ist auffallend lang, weich und blutreich. Beim Aufschneiden desselben zeigt sich eine unverletzte Frucht von ungefähr 6 Wochen. Bei ziemlich normaler Pulsfrequenz steigt einige Tage nach der Operation das Fieber bis auf 39,1°, hierauf sinkt die Temperatur, um am 15. Tage post operationem wieder auf 39,1° emporzusteigen. Von da ab tritt wieder ein Abfallen ein bis zur normalen Temperatur; die Patientin erholt sich ziemlich schnell und kann am 4. V. entlassen werden. Augenblicklich fühlt sich die Frau wohl und kann ihre Arbeit ohne besondere Beschwerden verrichten.

6. J. S., 43 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 6. V. 95. Monstruation seit dem 16. Lebensjahre immer regelmässig. Patientin hat 4 normale Geburten durchgemacht, letzte vor 5½ Jahren.

Vor 2 Jahren traten Schmerzen im rechten Bein auf, das Gehen wurde immer beschwerlicher, und ist seit einem Jahre ohne Stock überhaupt nicht mehr möglich. Ferner klagt Patientin über starken Ausfluss.

Diagnose: Osteomalacie, Erosio portionis, Catarrhus cervicis.

11. V. wird die vaginale Totalexstirpation des Uterus und seiner Adnexe ausgeführt. Am 8. Tage nach der Operation wird der in die Scheide eingeführte Tampon und am 18. Tage die Nähte entfernt.

Der Ausfluss ist gering, am 4. VI. wird Patientin mit der Weisung entlassen, sich Ausspülungen mit Soda zu machen.

Briefliche Nachricht vom 17. II. 97: Der Ausfluss hat sich allmählich ganz verloren, auch die Beschwerden beim Gehen hatten sich kurz nach der Operation bedeutend gebessert, stellten sich jedoch October 1896 mit gleicher Heftigkeit wie früher wieder ein.

7. H. M., 42 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 20. V. 95. Menstruation seit dem 14. Lebensjahre bis vor 4 Jahren stets regelmässig, von da ab jedoch unregelmässig und etwas schmerzhaft. Patientin hat 2 mal geboren, zuletzt vor 13 Jahren. Augenblicklich klagt Patientin über starke menstruelle Blutungen.

Bei der Untersuchung findet man den Uterus anteflectiert, mehr als faustgross, nur wenig beweglich und an demselben, besonders links, einige Myome.

Diagnose: Myoma uteri.

21. V. Typische vaginale Totalexstirpation.

Reactionsloser Verlauf der Heilung. Patientin wird am 12. VI. geheilt entlassen. Wie mir die Frau durch einen Brief vom 4. V. 97 mitteilt, hat sie sich seit ihrer Entlassung immer ganz wohl gefühlt.

8. F. P., 60 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 8. VI. 95. 7 Entbindungen. Menopause seit etwa 10 Jahren. Patientin klagt über ab und zu geringe Blutungen und starken, sehr übelriechenden Ausfluss.

Diagnose: Carcinoma corporis uteri.

10. VI. wird zur Operation geschritten, die typisch verläuft.

Glatter Verlauf der Heilung.

22. VI. Entfernung der Fäden.

3. VII. Patientin wird geheilt entlassen.

Durch einen Brief vom 19. II. 97 teilte mir Patientin mit, dass sie sich augenblicklich ganz wohl fühlt und keine Schmerzen nach ihrer Entlassung gehabt hat.

9. G. S., 25 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 20. VI. 95. Menstruation seit dem 13. Lebensjahre regelmässig, in den letzten Jahren stark und schmerzhaft. Patientin hat eine Zangengeburt und Sept. 94 einen Abort durchgemacht.

Bei der Untersuchung findet sich ein starker, übelriechender fluor, Uterus etwas vergrössert, bei Bewegungen empfindlich, beide Adnexe verdickt und bei Berührung sehr schmerzhaft.

Diagnose: Oophoritis, Perioophoritis dextra et sinistra, Endometritis.

22. VI. werden Uterus und beide Adnexe per vaginam entfernt.

Völlig reactionsloser Verlauf der Heilung.

Patientin wird 9. VII. geheilt entlassen.

10. M. B., 40 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 7. VII. 95. Menstruation regelmässig alle 4 Wochen. Patientin klagt über Ausfluss und über Schmerzen im Unterleib, die in die Kreuzbeingegend und beide Beine ausstrahlen.

Diagnose: Carcinoma uteri et peritonei.

10. VII. typische vaginale Totalexstirpation.

Der Heilungsverlauf ist vollständig glatt.

30. VII. Patientin fühlt sich wohl und wird entlassen.

Briefliche Nachricht vom 21. II. 97: Der Fluor war kurz nach der Operation ziemlich stark, hat aber nach und nach ganz aufgehört. Augenblicklich fühlt sich Patientin ganz gesund.

11. M. K., 56 Jahre alt, Witwe. Seit einem Jahre bemerkt Patientin übelriechenden blutigen Ausfluss mit Abgang von kleinen Fetzen.

Diagnose: Carcinoma portionis.

12. VII. 95 wird die vaginale Totalexstirpation vorgenommen. Die Operation ist ziemlich schwierig, der Uterus lässt sich nur schwer herabziehen; soweit wie möglich werden die verdickten Parametrien und die Scheide mitentfernt.

1. VIII. wird Patientin mit dem besten Wohlbefinden entlassen.

12. M. K., 43 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 22. VII. 95. Patientin hat 11 Geburten mit normalem Wochenbett durchgemacht. Die Menstruation ist bis vor drei Monaten angeblich immer regelmässig gewesen, seitdem bestehen unregelmässige Blutungen mit eitrigem Ausfluss und heftige Schmerzen, besonders rechts im Unterleib.

Bei der Untersuchung findet sich der Uterus anteflectiert, weich und etwas vergrössert. Rechts hinter dem Uterus im Douglas fühlt man einen unregelmässigen Tumor von prall-elastischer Consistenz, der sich bis zur Synchondrosis sacro-iliaca erstreckt.

Diagnose: Carcinoma portionis.

24. VII. Nachdem die carcinomatösen Massen abgekratzt sind, wird der Uterus per vaginam entfernt. Während der Operation zeigt es sich, dass der Tumor rechts eine Tubargravidität ist, die natürlich mitentfernt wird.

Nach der Operation fühlt sich die Patientin ziemlich matt, der Puls ist kaum zu fühlen, nach 2 Tagen jedoch hebt sich das Befinden unter geeigneter Behandlung ziemlich schnell, sodass keine Gefahr mehr vorhanden ist.

11. VIII. Patientin wird geheilt entlassen, der Ausfluss ist noch gering.

Mit einem Briefe vom 16. II. 97 teilt Patientin mit, dass sie sich momentan ganz wohl fühlt; der anfangs nur schwache Ausfluss habe bald ganz aufgehört und einige noch festsitzende Fäden seien von selbst abgegangen.

13. K. F., 26 Jahre alt, verheiratet, aufgen. 25. VII. 95. Menstruation alle 3 Wochen sehr stark und schmerzhaft. Patientin hat einmal geboren. Seit 2 Jahren klagt sie über heftige Schmerzen im Unterleib, besonders in der rechten Seite und im Kreuz, sodass sie vollständig arbeitsunfähig ist.

Bei der Untersuchung zeigt sich der Uterus vergrössert und anteflectiert, bei Bewegungen sehr sshmerzhaft, beide Adnexe verdickt, mit der Umgebung verwachsen und bei Druck sehr empfindlich.

Diagnose: Oophoritis et Perioophoritis duplex. Endometritis.

Da die bisher angewandte Hydrotherapie ohne Erfolg geblieben ist und Patientin unbedingt von ihren Beschwerden befreit sein will, so wird 3. VIII. zur vaginalen Totalexstirpation geschritten. Die Operation verläuft ohne jede Complication.

Der Verlauf der Heilung ist vollständig befriedigend. 23. VIII. wird Patientin gesund entlassen.

14. J. V., 32 Jahre alt, unverheiratet, aufgenommen 14. VIII. 95. Menstruation unregelmässig, sehr stark. Patientin klagt über Schmerzen im Unterleib. Vor 3½ Monaten wurden 2 Cervixpolypen entfernt.

Um zu einer genauen Diagnose zu gelangen, wird der Muttermund mit Laminaria erweitert, und der Uterus in Narkose ausgetastet. Man fühlt im Fundus 4—6 kirschgrosse Myome.

Diagnose: Myoma uteri.

Nachdem 17. VIII. der Uterus per vaginam entfernt worden ist, wird Patientin, ohne Fieber gehabt zu haben, vollständig geheilt entlassen.

15. M. B., 56 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 22. VIII. 95. Patientin hat 4 normale Geburten durchgemacht.

Seit der letzten Geburt vor 10 Jahren besteht ein Gebärmuttervorfall, der in letzter Zeit so gross geworden

ist, dass Patientin nicht mehr gehen kann. Alle Repositionsversuche waren vergeblich.

Bei der Untersuchung findet man den Uterus retroflectiert in dem Prolaps, es liegen ferner Rectum und Dünndärme in demselben.

Diagnose: Prolapsus uteri tatalis, Enterocele.

Da Patientin starke Schmerzen und kleine Temperatursteigerung hat, wird sofort die Totalexstirpation des Uterus nebst Resection der Scheide vorgenommen. Bei Eröffnung des Douglas stürzen Dünndärme hervor, die zurückgeschoben werden.

Am zweiten Tage nach der Operation wird Patientin benommen und stirbt trotz aller angewandten Analeptica. Die Section ergiebt: Starke parenchymatöse Entartung der Nieren, Erweiterung der Nierenkelche, starke Ausdehnung der Ureteren (keinen Verschluss derselben), die Harnblase gefüllt, beide Tuben faustgross und mit stinkendem Eiter angefüllt, alle Organe stark anämisch. Eine Peritonitis konnte nicht constatiert werden.

16. A. G., 40 Jahre alt, Witwe, aufgen. 2. IX. 95. 1 normale Geburt. Erste Periode mit 15 Jahren, von da ab regelmässig bis vor einigen Jahren, wo sie unregelmässig wurde und heftige Schmerzen im Rücken und in der rechten Seite im Gefolge hatte.

Bei der Untersuchung ist an der vorderen Uteruswand ein kirschgrosses Myom zu fühlen.

Diagnose: Myoma uteri submucosum.

5. IX. wird die Totalexstirpation per vaginam ausgeführt. Die Operation verläuft glatt.

25. IX. Patientin wird nach völlig fieberfreiem Verlauf der Heilung gesund entlassen.

Briefliche Nachricht vom 29. V. 97: Nach ihrer Entlassung hat Patientin nicht mehr die geringsten Beschwerden gehabt.

17. F. V., 37 Jahre alt, verheiratet, aufgen. 28. X. 95 10 Entbindungen, von denen die ersten 9 normal verliefen, dagegen wurde bei der letzten (Juli 95) durch Zangenextraction ein totes Kind geboren. Menstruation war immer regelmässig.

Seit 6—7 Jahren bemerkte Patientin einen Scheidenvorfall, der sich besonders nach der letzten Geburt verschlimmert hat. Zudem bestehen Schmerzen im Rücken und Unterleib.

Diagnose: Prolapsus vaginae et descensus uteri.

2. XI. Typische vaginale Exstirpation des Uterus. Am 4. und 5. Tage tritt eine leichte Temperatursteigerung ein (bis 38,0°), nach Entfernung des Tampons völlig fieberfreier Verlauf der Heilung.

Am 14. Tage steht Patientin auf, und am 25. hat sie sich soweit erholt, dass sie entlassen werden kann.

18. B. K., 24 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 7. XI. 95. Die erste Periode trat mit 14 Jahren ein, seitdem immer regelmässig. Kurz nach der Verheiratung empfand Patientin Schmerzen in der rechten Seite und im Rücken, dabei war immer starker fluor albus vorhanden. Im Februar 94 wurde bereits in Köln das rechte Ovarium entfernt und die Gebärmutter ventrofixiert. Seit einem Monat besteht beständig Blutabgang und immer noch Schmerzen in der linken Seite. In der ersten Zeit der Ehe soll Patientin einen Abort gehabt haben.

Die Untersuchung in Narcose ergiebt: Der Uterus ist hart und etwas vergrössert, die rechten Adnexe fehlen, die linken verdickt.

Diagnose: Perimetritis chronica, Salpingitis et Oophoritis sinistra.

Um die Patientin von ihren Beschwerden zu befreien und vor allem wieder arbeitsfähig zu machen, werden 9. XI. Uterus und die linken Adnexe per vaginam exstirpiert.

Der Wundverlauf ist völlig fieberfrei. Am 22. Tage wird Patientin, die sich wieder ganz wohl fühlt, entlassen.

19. M. B., 33 Jahre alt, unverheiratet, aufgenommen 7. II. 96. Vor 11 Jahren hat Patientin eine spontane Geburt mit normalem Wochenbett durchgemacht.

Seit 6—7 Jahren bestehen Schmerzen im Unterleib, welche in letzter Zeit immer heftiger wurden, und starker fluor albus, sodass Patientin vollständig arbeitsunfähig ist.

Diagnose: Metritis chronica.

Nachdem Ichtyolbehandlung ohne Erfolg geblieben, wird 12. II. zur vaginalen Totalexstirpation geschritten.

Der Verlauf der Heilung ist vollständig normal. Da Patientin noch über Magen- und Darmbeschwerden klagt, wird sie 7. III. der medicinischen Klinik überwiesen.

20. A. H., 72 Jahre alt, aufgenommen 31. V. 96.

Diagnose: Carcinoma uteri.

2. VI. Totalexstirpation per vaginam. Die Operation verläuft ausgezeichnet, und der Heilungsverlauf ist denkbar günstig. Das Allgemeinbefinden ist bis zum 5. Tage sehr gut.

In der Nacht vom 5. auf 6. Tag wird Patientin plötzlich, nachdem sie das Stechbecken benutzt, benommen, und nach 1/4 Stunde tritt der Exitus letalis ein.

Die Section ergab Lungenembolie als Todesursache.

21. M. A., 46 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 10 VI. 96. Menstruation seit dem 18. Lebensjahre immer regelmässig. Patientin hat 3 Entbindungen (bei der letzten wurde das Kind mittels Zange entwickelt) durchgemacht.

In den letzten Jahren bestehen fortwährend Rückenschmerzen und Ausfluss aus der Scheide, der seit einiger Zeit mit Eiter untermischt ist.

Diagnose: Endometritis mit Verdacht auf Carcinoma uteri.

11. VI Typische vaginale Totalexstirpation, glatte Operation. Die Heilung verläuft befriedigend. Am 17. Tage stellt sich eine kleine Nachblutung ein, die einige Umstechungen nötig macht. Am 30. Tage wird die Patientin beschwerdenfrei entlassen.

22. C. J., 43 Jahre alt, Witwe, aufgen. 23. VI. 96. hat 2 normale Entbindungen durchgemacht. Seit 10 Monaten bestehen beständig Metrorrhagien und heftige Schmerzen in der linken Seite.

Diagnose: Papilläres Cystom et Carcinoma ovarii sinistri.

24. VI. wird zur vaginalen Exstirpation des Uterus, des carcinomatös entarteten Cystoms ovarii sinistri und des rechten noch intacten Ovariums geschritten. Die Operation ist ziemlich schwierig. Die Patientin erholt sich ziemlich schnell, die Heilung verläuft fiebertrei. Am 6. Tage wird der Tampon und am 10. die Fäden entfernt.

Am 16. VII. wird Patientin nach Honnef zur weiteren Erholung entlassen.

Ueber ihr ferneres Befinden konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

23. M. N., 28 Jahre alt, unverheiratet, aufgenommen 28. VI. 96. Die Periode war seit dem 16. Lebensjahre, besonders in letzter Zeit, sehr unregelmässig, schmerzhaft und blutreich; zur Linderung dieser Beschwerden wurden Patientin vom Arzt im Jahre 90 Morphiumzäpfchen verordnet; ausserdem soll eine Kauterisation an der Gebärmutter vorgenommen worden sein. März 94 wurde eine Auskratzung gemacht und zugleich versucht, die bestehenden Verwachsungen von der Scheide aus zu lösen. Damals soll eine Geschwulst der Eierstöcke gefunden worden sein, weshalb 5. VII. 94. in Barmen beide Eierstöcke per laparotomiam entfernt wurden. ½ Jahr nach dieser Operation haben sich wieder mehr oder weniger regelmässige Blutungen eingestellt, welche Patientin als Menstruation anspricht.

Bei der Untersuchung findet man eine Verdickung an der linken Seite der Gebärmutter und eine Retroflexio derselben.

Diagnose: Dysmenorrhoea et Retroflexio uteri fixata.

Die am 30. VI. vorgenommene Totalexstirpation per vaginam verläuft ohne irgend welche Complication; es folgt ein fieberfreier Verlauf der Heilung.

Am 18. Tage wird Patientin als geheilt entlassen.

24. E. N., 44 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 8. VII. 96, hat 10 Entbindungen mit normalem Wochenbett durchgemacht. Patientin klagt über bald stärkere, bald schwächere Blutungen, die besonders reichlich waren in den Tagen, wo die Regel zu erwarten war, und über übelriechenden Ausfluss.

Diagnose: Carcinoma uteri.

Da Patientin fiebert, wird die Operation aufgeschoben. Es zeigt sich auf Rücken und Armen ein diffuses Exan-

them, das auf Scarlatina schliessen lässt. Im Urin ist Eiweiss nachweisbar.

11. VII. Temperatur 36, 8°. Typische Totalexstirpation, die ohne besondere Schwierigkeiten verläuft.

Das anfangs mässig hohe Fieber nimmt bald ab, die Heilung nimmt einen befriedigenden Verlauf, und am 31. VII. wird Patientin entlassen, es besteht eine Uterenfistel. Der Ausfluss ist noch ziemlich stark. Patientin soll sich in einiger Zeit wieder vorstellen.

25. T. T., 24 Jahre alt, unverheiratet, aufgenommen 15. VII. 96. Schon seit längerer Zeit klagt Patientin über Schmerzen im Unterleib und reichlichen fluor albus.

2. VI. wurde sie in der chirurgischen Klinik wegen fissura ani operiert.

Diagnose: Metritis chronica.

Um die Patientin wieder arbeitsfähig zu machen und von den fortwährenden Beschwerden zu befreien, wird am 22. VII. der Uterus per vaginam total exstirpiert. Die Heilung verläuft in normaler Weise.

12. VIII. Patientin wird beschwerdenfrei entlassen.

26. M. S., 36 Jahre alt, unverheiratet, aufgenommen 26. VII. 96. Patientin klagt über starken Ausfluss und profuse 3 Wochen andauernde Menstruation und heftige Schmerzen im Unterleib und Kreuz, besonders beim Stuhlgang und Wasserlassen.

Bei der Untersuchung findet sich der Uterus etwas vergrössert, retrovertiert und auf Druck sehr schmerzhaft.

Diagnose: Metritis chronica.

27. VII. Vaginale Totalexstirpation des Uterus samt Adnexen. Glatte Operation. Reactionsloser Heilungsverlauf. Am 23. Tage post operationem wird Patientin geheilt entlassen.

27. E. N., 45 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 11. VIII. 96, hat 3 Geburten (darunter 2 Zangengeburten) durchgemacht. ¼ Jahr nach dem ersten Wochenbett, wo das Kind mittels Forceps entwickelt wurde, bekam Patientin heftige Beschwerden in Folge von Gebärmuttervorfall. Ein Jahr lang trug Patientin ein Pessar, das wegen zu grosser Schmerzen entfernt werden musste. Seit der Zeit hat die Frau noch zweimal geboren, und es ist nichts mehr gegen den Vorfall geschehen, sodass derselbe schliesslich zu einem totalen geworden ist.

Diagnose: Prolapsus uteri totalis.

19. VIII. wird die Totalexstirpation des Uterus und seiner Adnexe per vaginam ausgeführt. Die Operation ist ziemlich schwierig. Patientin, anfangs leicht fiebernd, erholt sich verhältnissmässig schnell. Bei der Entlassung am 25. Tage besteht noch ein leichter Blasencatarrh, im übrigen fühlt sich die Frau wohl.

28. H. G., 38 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 12. VIII. 96, hat 4 Geburten mit normalem Wochenbett und 1 Abort durchgemacht. Seit der letzten Geburt besteht ein Gebärmuttervorfall, der schliesslich total geworden ist.

Diagnose: Prolapsus uteri totalis.

27. VIII. Es wird nach gründlicher Desinfection der äusseren Genitalien, der Vagina und des Prolapsus zur vaginalen Totalexstirpation geschritten. Ein doppelter Bogenschnitt dicht unter dem Harnröhrenwulst durchtrennt die Scheidenoberfläche. Hierauf wird stumpf der Scheidenüberzug herabgezogen, die Blase stumpf gelöst, nach oben gebracht und durch Tabaksbeutelnaht verkleinert. Der Uterus wird sodann seitlich abgebunden und von seinen Verbindungen getrennt. Genau wie bei der

typischen Totalexstirpation wird nun weiter verfahren. Die Adnexe werden mitentfernt.

Der Verlauf der Heilung ist durchaus günstig, und am 19. IX. wird Patientin gesund entlassen.

Mit einem Briefe vom 29. IV. teilte mir Patientin mit, dass sie sich seit ihrer Entlassung bis jetzt ganz wohl gefühlt habe.

29. K. K., 45 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 14. VIII. 96. ist 11 mal entbunden worden, zuletzt 93; mehrere Wochenbetten waren fieberhaft. Patientin klagt über unregelmässige Blutungen, Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Nach der letzten Periode am 24. VI. bekam sie ein Frieren mit nachfolgendem Gefühl von Hitze.

Diagnose: Metritis chronica.

Nachdem 4. IX. 95 und 27. VI. 96 in hiesiger Klinik der Uterus ohne wesentliche nachfolgende Besserung ausgekratzt worden ist, wird 27. VIII. der Uterus samt seinen Adnexen per vaginam entfernt. Die Operation verläuft glatt und ohne besondere Schwierigkeit.

Am 6. Tage stellen sich Schmerzen in der Blasengegend ein mit Drang zum Harnlassen und Brennen bei demselben, also Erscheinungen einer Cystitis. Der am 10. IX. entfernte Scheidentampon zeigt oben eine grünliche Verfärbung, die auf eine Ureterfistel schliessen lässt. Es war jedenfalls bei der Operation der Ureter, und zwar an der linken Seite verletzt worden. Das Urinträufeln aus der Scheide nimmt fortwährend zu, dagegen geht die Cystitis unter geeigneter Behandlung in den nächsten Tagen zurück. Das Fieber steigt langsam in die Höhe, und es wird festgestellt, dass die Eiterung des linken Ureters nach oben auf die Niere übergegangen ist, weshalb diese am

14. IX. exstirpiert wird. Von da ab nimmt die Heilung einen sehr günstigen Verlauf, und nach einigen Wochen wird Patientin mit bestem Wohlbefinden entlassen.

30. J. B.. 44 Jahre alt, verheiratet, aufgen. 11. IX. 96. Menstruation war seit dem 18. Lebensjahre immer regelmässig, etwas reichlich. Patientin hat 3 Entbindungen (die letzte eine Zwillingsgeburt) durchgemacht. Im Jahre 1877 kam, als die Frau einen zweithürigen Kleiderschrank gehoben hatte, ein Gebärmuttervorfall so ausgedehnt zu stande, dass der Uterus sichtbar wurde. Trotz Ringbehandlung verschlimmerte sich der Prolaps, besonders in letzter Zeit, sodass Patientin ihre gewöhnliche Arbeit nicht mehr verrichten konnte.

Diagnose: Prolapsus uteri totalis.

15. IX. 96: Nachdem die Blase, welche weit nach unten herabreicht, nach oben geschoben und durch Tabaksbeutelnaht in dieser Lage festgehalten ist, wird der Uterus samt seinen Anhängen per vaginam exstirpiert; das Peritoneum wird mit den Scheidenwundrändern vernäht. Die Operation ist durch ausgiebige Blutungen aus ziemlich dicken und geschlängelten Gefässen erschwert.

Der Uterus ist bedeutend vergrössert, seine Musculatur verdickt und weich, es bestehen kleine Adhäsionen auf dem intensiv geröteten Peritonealüberzug. In beiden Ovarien findet sich Follikelhydrops, die rechte Tube ist partiell hydropisch, und um beide Adnexe sind zahlreiche feine Adhäsionen.

17. IX. Unter Erbrechen steigt die Temperatur bis auf 40,6 ° und schwankt bis zum 22. IX. zwischen 39,5 ° und 40,0 °. Das Abdomen ist aufgetrieben und über der Symphyse auf Druck schmerzhaft, ein Exsudat ist nicht nachweisbar. Das Allgemeinbefinden liegt schwer dar-

nieder. An Herz und Lungen ist nichts Pathologisches zu constatieren.

23. IX. Das Befinden wird unter Darreichung von Excitantien besser, sodass keine Gefahr mehr vorzuliegen scheint.

27. IX. Die Temperatur fällt bis auf 37,8° herunter. Patientin erholt sich bald, die Fäden werden entfernt und mittels Ausspülungen wird ein übelriechendes Sekret entleert. Beim Stuhlgang stellen sich heftige Schmerzen ein.

2. X. Der Rest der Nähte wird entfernt, die Wunde reinigt sich äusserst langsam, die Stuhlbeschwerden sind hochgradig.

6. X. Die neue Temperatursteigerung bis auf 37,9° wird auf Obstruction bezogen. Wassereinläufe rufen unter starken Schmerzen Stuhlgang hervor.

14. X. Die Stuhlbeschwerden bestehen noch, wohl hervorgerufen durch Darmverklebungen, da er wird täglich 3 mal 1 Theelöffel Ricinusöl gegeben.

20. X. Die Stuhlbeschwerden sind nur noch gering. Das Ricinusöl wird ausgesetzt.

1. XI. Die grosse Wundfläche verkleinert sich sehr langsam.

9. XI. Patientin wird entlassen, es besteht noch eine kleine Granulationsfläche; das Allgemeinbefinden ist sehr gut.

31. S. B., 36 Jahre alt, aufgenommen 12. X. 96. Die Menstruation war immer unregelmässig mit heftigen Schmerzen im Rücken und Unterleib. Augenblicklich besteht starker Ausfluss und heftige Beschwerden beim Stuhlgang und Wasserlassen. Bei der Untersuchung

findet sich die Scheide sehr weit und äusserst schmerzhaft, äusserer Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig, Uterus vergrössert. Jede Bewegung der Gebärmutter ist sehr schmerzhaft; die Adnexe scheinen verdickt und sind auf Druck empfindlich, die rechte Tube ist geschlängelt.

Diagnose: Metritis chronica, Salpingitis, Oophoritis Pelveoperitonitis.

17. X. wird die vaginale Totalexstirpation des Uterus und beider Adnexe in typischer Weise ausgeführt.

Eine abends 6 Uhr aus dem rechten Stumpf des Ligam. lat. sich einstellende Blutung wird durch mehrere Umstechungen gestillt. Im weiteren Verlauf tritt keine Störung ein. Die Unterbindungsstümpfe stossen sich nekrotisch ab, die Seidennähte werden am 11. Tage nach der Operation entfernt, die Granulationsfläche verkleinert und retrahiert sich.

28. X. Die Temperatur geht ein wenig in die Höhe, Patientin klagt über Seitenstiche: es wird eine circumscripte Pleuritis sicca links vorne und seitlich festgestellt.

Die Temparatur fällt allmählich wieder ab, und am 15. XI. hat sich Patientin soweit erholt, dass sie entlassen werden kann.

32. J. M., 54 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 12. X. 96. Seit 3 Jahren besteht Menopause. Patientin hat 8 Entbindungen durchgemacht, bei der ersten wurde die Placenta manuell gelöst, die 5. war Zwillingsgeburt, die übrigen normal. Die Frau klagt über Schmerzen in der linken Seite und im Rücken und über starken Ausfluss.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

15. X. wird die Gebärmutter durch die Scheide vollständig entfernt. Die Operation wird dadurch erschwert, dass wegen des schon weit vorgeschrittenen Carcinoms möglichst weit im Gesunden operiert werden muss.

Nach anfangs reactionslosem Verlauf tritt am 6. und später noch einmal am 16. Tage Temperatursteigerung ein, die auf Laxantien und Ausspülungen wieder zur Norm abfällt.

6. XI. Patientin fühlt sich wohl und wird entlassen.

Allmählich haben sich bei der Frau die alten Beschwerden wieder eingestellt; es war ja auch schon bei der Operation ein Recidiv des weit vorgeschrittenen Carcinoms befürchtet worden.

33. E. G., 45 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen 12. XI. 96, hat 4 mal spontan geboren. Menopause. Patientin klagt über Schmerzen im Unterleib und über starken Ausfluss.

Bei der Untersuchung fühlt man die Portio in einen weichen, leicht blutenden, blumenkohlartigen Tumor verwandelt.

Diagnose: Carcinoma portionis.

13. XI. Typische vaginale Totalexstirpation. Der Verlauf der Heilung ist durchaus günstig.

8. XII. Patientin wird mit dem besten Befinden entlassen.

1. V. 97. Patientin sucht die Klinik wegen neuer heftiger Beschwerden wieder auf, die Untersuchung ergiebt ein Recidiv, das inoperabel ist.

Fassen wir die angeführten Fälle kurz zusammen, so ergiebt sich, dass von den 33 vaginalen Totalexstirpationen 12 (also mehr als 1/3) wegen Carcinom, 10 wegen chronischer Metritis, Endometritis, Salpingitis und Oophoritis, 7 wegen totalen Prolapses, 3 wegen Myom und 1 wegen Retroflexio ausgeführt wurden.

Was die Endresultate der 33 Operationen betrifft, so ist es nach den über das fernere Ergehen der operierten Kranken vorhandenen wenigen Angaben nicht möglich, einen genauen Bericht darüber abzustatten.

Betrachten wir nun zunächst das Ergebnis der Operationen, bei welchen die Diagnose auf Carcinom gestellt wurde, so muss ich vorausschicken, dass ich über das momentane Befinden von 3 Patientinnen nichts in Erfahrung bringen konnte, dazu kommt der Todesfall (Nro. 20) kurz nach der Operation, mithin können diese 4 Fälle für das augenblickliche Resultat nicht in Betracht kommen. Von den übrig bleibenden 8 Fällen, über deren ferneres Ergehen ich Genaues erfahren konnte und die somit eigentlich nur berücksichtigt werden können, war schon von vornherein bei 3 Patientinnen (Nro. 1, 24 und 32) die Aussicht auf radikale Heilung ziemlich gering. In den beiden Fällen 1 und 32 war eine vollständige Entfernung des Carcinoms aus den Parametrien nicht möglich gewesen, und es mussten wegen fester Verwachsung mit der Umgebung offenbar Carcinomreste zurückbleiben.

Die erste Patientin (Nro. 1) ist denn auch 13 Monate nach der Operation infolge eines Recidivs gestorben. Bei der anderen Patientin (Nro. 32) haben sich allmählich die alten Beschwerden wieder eingestellt, die furchtbaren Unterleibsschmerzen waren zwar kurz nach der Operation geschwunden, und einige Zeit blieb das Befinden der Frau ziemlich gut.

Patientin Nro. 24 trug bei der Operation eine Ureterfistel davon, aus der sich freilich nur ganz spärlich, aber doch fortwährend etwas Urin entleerte. Das Urinträufeln soll sich nach Angabe der Frau kaum gebessert haben.

Zu den beiden oben erwähnten Fällen, bei denen unmittelbar nach der Operation ein Recidiv befürchtet wurde, kommt noch ein Fall (Nro. 33), der ebenfalls ein Recidiv im Gefolge hatte, das allerdings nicht vorauszusehen war.

Die übrigen 4 Patientinnen (Nro. 5, 8, 10 und 12) sind bis jetzt recidivfrei geblieben; sie fühlen sich alle ganz gesund und beschwerdenfrei.

Somit hat von 8 wegen Carcinom operierten Fällen die vaginale Totalexstirpation in 4 = 50% radicale Heilung herbeigeführt, in den übrigen 4 die ursprünglichen Beschwerden zum Teil wesentlich gelindert.

Von den 3 wegen Myom operierten Frauen befinden sich 2 zur Zeit ganz gesund, über das Befinden der 3. konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

Was endlich den totalen Prolaps, Endometritis, Metritis, Salpingitis und Oophoritis betrifft, die ja zusammen allein 17mal die vaginale Totalexstirpation nötig machten, so wurden alle aus diesem Grunde operierten Patientinnen mit Ausnahme von Nro. 15, die bald nach der Operation starb, geheilt entlassen und kann man sicher annehmen, dass auch bei denjenigen, über deren ferneres Ergehen keine Angaben vorliegen, die alten Beschwerden fern geblieben sind, da doch nach Entfernung des vorgefallenen oder des entzündeten Uterus und seiner entzündeten Adnexe auch die Möglichkeit zu den Erkrankungen früherer Art genommen ist.

Ueberblicken wir noch einmal das Ganze, so müssen wir die Resultate der 35 Operationen als entschieden

günstig ansehen; besonders in den Fällen, wo es sich um Carcinom handelte, tritt dies zu Tage, wenn man bedenkt, wie schlecht die Prognose bei Carcinom ist und dass trotzdem in 50% der Fälle radikale Heilung erzielt wurde und dass es doch auf der anderen Seite auch schon von grossem Nutzen ist, wenn in einzelnen Fällen durch die Totalexstirpation mit möglichster Entfernung des erkrankten Gewebes den Patientinnen Linderung ihres Leidens verschafft werden kann.

Es steht fest, dass bei der jetzigen Ausbildung der Technik der vaginalen Totalexstirpation diese durch andere blutigere und schwieriger auszuführende Methoden nicht mehr verdrängt werden wird. Fürwahr lang und mühsam war der Weg von den blutigen, wenig erfreulichen Operationen noch im Anfang unseres Jahrhunderts, von der furchtbaren Sterblichkeit des Freundschen Verfahrens trotz seiner genialen Anlage bis zur heutigen Ausbildung und den heutigen Erfolgen der vaginalen Totalexstirpation, in der wir endlich ein wirksames Mittel gewonnen haben bei der Bekämpfung der gefährlichsten Uteruskrankheiten, besondes des Carcinoms.

Es ist mir noch eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Prof. Dr. Fritsch für die freundliche Ueberlassung des Themas und des Materials zu dieser Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Vita.

Geboren wurde ich, Ewald Spelsberg, am 30. Mai 1874 zu Ober-Nahmer. Kreis Altena i. Westf., als jüngster Sohn des Kaufmannes Eduard Spelsberg und seiner Ehefrau Auguste geb. Höfinghoff. Die Volksschule besuchte ich in Hohenlimburg, Kreis Iserlohn i/Westf., wohin meine Eltern im Jahre 1875 verzogen waren, vom 6.–8. Lebensjahr und wurde dann Schüler der Höheren Stadtschule daselbst, der ich bis Ostern 1889 angehörte. Zur Vollendung meiner Gymnasialbildung kam ich sodann auf die Untersekunda des Gymnasiums zu Hagen i. W., das ich nach 4 Jahren mit dem Zeugnis der Reife verliess. Herbst 1893 liess ich mich bei der medizinischen Fakultät der Universität Bonn einschreiben und blieb dort 4 Semester, nach deren Verlauf ich am 1. August 1895 die ärztliche Vorprüfung bestand. Darauf ging ich nach München und genügte zugleich meiner halbjährigen Militärpflicht mit der Waffe beim k. b. Infanterie-Leib-Regiment. Sommer-Semester 1896 studierte ich in Berlin und kehrte dann Herbst 1896 nach Bonn zurück, um hier meine klinischen Studien zu beenden. Am 25. Juni 1897 bestand ich das Examen rigorosum.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

In Bonn: Anschütz, Binz, Bleibtreu, Bohland, Doutrelepont, Finkler, Fritsch, Hertz †, Jores, Kayser, Kekule von Stradoniz †, Klinger, Kochs, Koester, Krukenberg, von la Valette St. George, Leo, Ludwig, Nussbaum, Pelman, Pflüger, Pletzer, Rieder, Saemisch, Schede, Schmidt, Schiefferdecker, Schultze, Strasburger, Ungar, Witzel, Wolters.

In München: Tappeiner.

In Berlin: Gerhard, Grawitz, König, Langerhans, L. Lewin, Senator, Virchow, Winter.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen besten Dank!